



**ΣΧΕΔΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ**

**ΠΡΟΣ ΟΛΑ ΤΑ ΜΕΛΗ ΣΥ.Π.Α.Υ. Τ.Κ.**

Αγαπητά μέλη,

Με μεγάλη μας χαρά θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι μετά από πάρα πολλές διαβουλεύσεις και διαπραγματεύσεις με διάφορες ασφαλιστικές εταιρείες, ο Σύνδεσμος μας έχει καταλήξει, και πάντα με γνώμονα το γενικότερο και αποκλειστικό συμφέρον των μελών μας, και συνάψει σχετική συμφωνία με την **Εθνική Γενικών Ασφαλειών (Κύπρου) Λτδ** (Ασφαλιστική Εταιρεία) για προσφορά ειδικού **Σχεδίου Υγείας** σε όλα τα εγγεγραμμένα μέλη μας. Το σχέδιο υγείας θα έχει ημερομηνία έναρξης την 1<sup>η</sup> Νοεμβρίου 2016.

Το ίδιο ισχύει και για όσα από τα μέλη μας έχουν παραδώσει ήδη αιτήσεις, έχουν υπογράψει συμβόλαια και τα σχετικά ασφάλιστρα έχουν πληρωθεί.

Ο Σύνδεσμος ενημερώνει τα μέλη του που ενδιαφέρονται να ενταχθούν στο συγκεκριμένο σχέδιο υγείας ότι απαραίτητη προϋπόθεση συμμετοχής είναι η τακτοποίηση των υποχρεώσεων τους προς τον σύνδεσμο και φυσικά να συνεχίσουν να τακτοποιούν τις ετήσιες υποχρεώσεις τους. Σε περίπτωση που στο μέλλον ένα μέλος του ΣΥ.Π.Α.Υ. Τ.Κ. δεν ανανεώσει την σχετική του συνδρομή κατά το μήνα Ιανουάριο του κάθε τρέχοντος έτους, τότε ενδέχεται να υπάρχουν επιπτώσεις ή και κυρώσεις.

**Πιο κάτω σας ενημερώνουμε για τις ενέργειες που θα πρέπει να γίνονται έτσι ώστε κάθε νέο συμβόλαιο που θα υπογράφεται να θεωρείται επικυρωμένο και εγκεκριμένο από τον Σύνδεσμό μας και την Ασφαλιστική Εταιρεία.**

1. Συμπλήρωση του σχετικού εντύπου αίτησης με όλα τα απαραίτητα στοιχεία, με την δέουσα επιμέλεια προσοχή και ειλικρίνεια, τόσο από τον ασφαλιζόμενο όσο και τα εξαρτώμενα του, και τέλος να υπογραφεί δεόντως.
2. Αποστολή της σχετικής αίτησης στην Ασφαλιστική εταιρεία η οποία να συνοδεύεται με αντίγραφο κατάθεσης της 1<sup>ης</sup> πληρωμής στον λογαριασμό της στην Τράπεζα Κύπρου αρ. 0106-05-028778-00.
3. Στις λεπτομέρειες κάθε κατάθεσης να αναγράφονται **υποχρεωτικά** τα πιο κάτω: “ ΣΥΠΑΥΤΚ – ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ -ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ» ασφαλιζόμενου.
4. Στην περίπτωση κατάθεσης επιταγής τα ίδια αυτά στοιχεία να φαίνονται στο πίσω μέρος της επιταγής. Φυσικά η διαδικασία αυτή μπορεί εναλλακτικά να γίνεται και μέσω της υπηρεσίας 1Bank και αντίγραφο της σχετικής μεταφοράς να συνοδεύει την αίτηση.
5. Η ευθύνη ελέγχου της είσπραξης θα είναι αποκλειστικά της Ασφαλιστικής Εταιρείας.
6. Ο κάθε ασφαλιζόμενος έχει υποχρέωση να υπογράψει τραπεζική εντολή (S/O ή D/D) με την Τράπεζα του για την πληρωμή των ασφαλιστρών του προς την Ασφαλιστική Εταιρεία.
7. Η πληρωμή θα είναι εξαμηνία, αρχής γενομένης την 1<sup>η</sup> Νοεμβρίου 2016, με την έναρξη του συμβολαίου, και δεύτερη πληρωμή την 1<sup>η</sup> Μαΐου 2017 με το ανάλογο ποσό και για την οποία θα υπογραφεί τραπεζική εντολή ή D/D όπως αναφέρεται πιο πάνω.
8. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Συνδέσμου μας θα ελέγχει, εγκρίνει και σφραγίζει κάθε αίτηση συμμετοχής στο σχέδιο υγείας. Αιτήσεις που κρίνονται προβληματικές δεν θα εγκρίνονται και θα ενημερώνονται οι αιτητές



για τους λόγους που δεν μπορεί να προχωρήσει η αίτησή τους. Η ενημέρωση θα γίνεται από το Δ.Σ. προς το επηρεαζόμενο μέλος.

9. Τα μέλη του ΣΥ.Π.Α.Υ. Τ.Κ. τα οποία θα ενταχθούν στο Σχέδιο Υγείας σε μεταγενέστερη της 1/11/2016, θα πρέπει να γνωρίζουν ότι τα συμβόλαια τους θα έχουν ισχύ από την 1<sup>η</sup> του επόμενου μήνα. Σε αυτή τη περίπτωση το μόνο που θα διαφέρει θα είναι το ύψος του ασφαλιστρου. Για παράδειγμα κάποιος ο οποίος επιθυμεί να ξεκινήσει το Σχέδιο Υγείας από την 1<sup>η</sup> Δεκεμβρίου 2016 το ασφάλιστρο που θα πρέπει να καταθέσει είναι €30 τον μήνα για τους μήνες Δεκέμβριο 2016 μέχρι και τον Απρίλιο 2017 (δηλ. 5 μήνες προς €30 το άτομο, συνολικά €150 το άτομο). Δεύτερο παράδειγμα: εάν ένα συμβόλαιο υπογραφεί αρχές Φεβρουαρίου, 2017 τότε το ποσό των ασφαλιστρων θα είναι για τους μήνες Μάρτιο και Απρίλιο του 2017, δηλ. €60.- δεδομένου ότι θα ισχύει από την 1<sup>η</sup> του Μάρτη.

Στην παρούσα επιστολή μας επισυνάπτονται η Αίτηση και το Συμβόλαιο.

#### ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ:

Πιο κάτω παραθέτουμε τα αναγκαία έγγραφα που πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην αίτηση.

- *Η σχετική αίτηση συμπληρωμένη και υπογεγραμμένη*
- *Αντίγραφο δελτίου ταυτότητας του κάθε ασφαλιζόμενου*
- *Αντίγραφο σχετικής απόδειξης καταβολής της πρώτης πληρωμής*
- *Αντίγραφο της εντολής (S/O, ή D/D.)*
  
- *Εννοείται ότι όσοι δεν έχουν τακτοποιημένη την ετήσια συνδρομή τους θα πρέπει μαζί με την αίτηση να αποστέλλεται και το οφειλόμενο ποσό .*

**Τα μέλη θα πρέπει να παραδίδουν τις αιτήσεις τους στα μέλη του Δ.Σ. κατά πόλη για να τα προωθήσουν στη Γραμματεία για επεξεργασία.**

Για οποιοδήποτε απορίες ή διευκρινήσεις αναφορικά με το Σχέδιο Υγείας τα μέλη να αποστίνονται στον Αντιπρόσωπο της Ασφαλιστικής εταιρείας ως πιο κάτω:

Μάριος Ιερείδης Ασφαλιστικός Σύμβουλος  
Τηλ. 99426464 / 22000159  
φαξ. 22000167  
email: [m.ierides@ethnikiinsurance.com](mailto:m.ierides@ethnikiinsurance.com)

[Για γρήγορη πρόσβαση στα σχετικά έντυπα παρακαλώ πατήστε εδώ.](#)

Από το Διοικητικό Συμβούλιο του ΣΥ.Π.Α.Υ. Τ.Κ.

Λευκωσία, 25ην Οκτωβρίου, 2016